



ESTUDIOS

Revista **Complutense de Educación**

ISSNe: 1988-2793

http://dx.doi.org/10.5209/rev_RCED.2017.v28.n3.49725EDICIONES
COMPLUTENSE

El consumo de alcohol en universitarios. Estudio de las relaciones entre las causas y los efectos negativos

Juan Manuel Méndez Garrido¹; María del Carmen Azaustre Lorenzo²

Recibido: septiembre 2015 / Evaluado: octubre 2015 / Aceptado: octubre 2015

Resumen. Esta investigación analizó los principales motivos que originaron el consumo de alcohol en los estudiantes de la Universidad de Huelva. El objetivo fue conocer las causas, los efectos negativos y la relación entre los factores del consumo de alcohol. Se siguió una metodología descriptiva, transversal, que utilizó un cuestionario ad hoc como instrumento de recogida de datos. Participaron 1.165 estudiantes matriculados en la Universidad de Huelva durante el curso 2012/2013. El muestreo fue estratificado y dentro de cada estrato se optó por un procedimiento aleatorio simple. Se realizaron análisis bivariados, correlaciones, chi-cuadrado, varianza, medias y desviaciones típicas; se evaluó la frecuencia del consumo y se efectuó una reducción factorial. Los resultados más relevantes del estudio mostraron que algunas variables correlacionaron positivamente, así como los factores de la escala. El grado de significatividad y los índices de fiabilidad de éstos fueron relativamente altos. Las conclusiones indican que entre la edad de consumo y el sexo no existen diferencias significativas, ya que ambos sexos comienzan el consumo de alcohol en el tramo de 16 a 20 años. La relación entre las variables curso y frecuencia de consumo fue inversa: en niveles inferiores, el consumo aumenta y, en superiores, disminuye. Asimismo, se hace necesario la puesta en marcha de medidas de prevención para contrarrestar el consumo de alcohol en los universitarios y sus efectos negativos para la salud.

Palabras clave: Alcohol; consumo; riesgo para la salud; estudiantes; universidad.

[en] Alcohol consumption by university students. Study of the relationships between of the causes and negative effects

Abstract. This research analyzed the main reasons that led to alcohol consumption in students of the University of Huelva. The aim was to understand the causes, the negative effects and the relationship between the factors of alcohol consumption. A descriptive, cross-sectional methodology was followed, using an *ad hoc* questionnaire as data collection instrument. 1.165 students enrolled in the University of Huelva during the year 2012/2013 participated in the study. The sampling was stratified and within each stratum a simple random process was applied. Bivariate analysis, correlations, chi-square, variance, means, standard deviations were applied; consumption frequency was evaluated and factorial reduction was made. The most relevant results of the study showed that some variables correlated positively as well as scale factors. The degree of significance and index of reliability of these factors were relatively high. The conclusions indicate that there are no significant differences between the age of consumption and sex, since both sexes begin alcohol consumption between the ages of 16 and 20. The relationship between the variables of course and consumption frequency was the inverse: at lower levels, consumption increases and at higher levels, it decreases. Also, the implementation of preventive

¹ Universidad de Huelva (España)

E-mail: jmendez@dedu.uhu.es

² Universidad de Huelva (España)

E-mail: carmen.azaustre@dedu.uhu.es

measures emerges as necessary to counterbalance alcohol consumption in university students and its negative health effects.

Keywords: Alcohol; consumption; health risk; students; university.

Sumario. 1. Introducción. 2. Objetivo. 3. Método. 3.1. Participantes. 3.2. Instrumento. 3.3. Procedimiento. 3.4. Análisis de datos. 4. Resultados. 5. Conclusiones. 6. Agradecimientos Referencias bibliográficas.

Cómo citar: Méndez Garrido, J.M. y Azaustre Lorenzo, M.C. (2017). El consumo de alcohol en universitarios. Estudio de las relaciones entre las causas y los efectos negativos. *Revista Complutense de Educación*, 28 (3), 691-706.

1. Introducción

El consumo de alcohol está considerablemente extendido y culturalmente admitido en la mayoría de los países europeos, constituyendo en la actualidad un importante problema de salud pública (Organización Mundial de la Salud, 2014). En España, el consumo de alcohol se ha asociado tradicionalmente a la población adulta y se ha caracterizado por la regularidad de su uso, su vinculación a la dieta y a los acontecimientos sociales. Sin embargo, más recientemente, se han experimentado cambios muy importantes tanto en las cantidades ingeridas como en los patrones y en el significado del consumo (Sánchez-Pardo, 2002).

El impacto del consumo de alcohol en la salud de una sociedad depende en buena parte del consumo medio que está relacionado con aspectos individuales como ambientales. La efectividad de las políticas que pueden prevenir el daño causado por el consumo de alcohol se ha revisado en documentos recientes que proporcionan suficientes elementos para extraer recomendaciones (Villalbí, Bosque y Gili, 2014). Las frecuentes investigaciones, en su afán de contrastar y ajustar modelos explicativos del consumo de drogas y alcohol coinciden en identificar tres grupos de factores de protección y de riesgo (Laespada, Iraurgi y Arostegi, 2004), diferenciando entre factores personales, relacionales y sociales. Los factores de riesgo individuales hacen referencia a las características internas del individuo y son predictores fiables de la conducta de consumo (Elzo *et al.*, 1999). Se desconocen las características de los estilos de vida de la población universitaria, así como sus preferencias en cuanto a medidas preventivas adecuadas. Sin embargo, tienen que ser tomadas en cuenta en el momento de diseñar o poner en marcha programas de educación para la salud, que persigan promover estilos de vida saludables entre los estudiantes (Beltrán *et al.*, 2011). Asimismo, una investigación longitudinal reciente en población universitaria gallega (Mota *et al.*, 2010), muestra que el consumo excesivo de alcohol disminuye con el tránsito a la juventud. Estos últimos datos son congruentes con los resultados de otros países, que señalan una mayor prevalencia entre los más jóvenes y una disminución asociada al aumento de la edad (Nelson, Naimi, y Brewer, 2009).

El creciente y perjudicial consumo de alcohol, junto con sus consecuencias negativas para la salud, ha recibido la atención internacional como un asunto que requiere de acción inmediata (OMS, 2010). En España los estudios sobre el consumo de sustancias en el ámbito universitario, según Nieves (2010), comienzan a finales de la década de los 70 inducidos por la formación de grupos de universitarios consumidores

de sustancias. Durante la década de los 80 y mediados de los 90 todos los esfuerzos en el ámbito educativo se centran en la etapa escolar así como los estudios y encuestas de consumo. No existe un interés específico por la población universitaria como objeto de estudio en cuanto a consumo de sustancias. El alumnado universitario vive en sus años de estudios superiores fuertes tensiones entre la vida académica y la vida de ocio. Por un lado, el requerimiento de superar las diferentes materias de la carrera se suma al sentimiento de no dejar de aprovechar el momento presente como único e irrepetible (Oliver *et alt.*, 2012). Los estilos, las actitudes y las modas imperantes juegan un papel casi dictatorial e incuestionable en el modo de vestir, en los lugares de ocio a los que se acude, en el consumo de tabaco de las mismas marcas... Sus motivaciones son escasamente diferenciales y se valora la uniformidad como un valor del grupo generacional que cohesiona y da sentido a la vida. El contexto universitario favorece la independencia y la espontaneidad personal de sus miembros, no estando todos preparados para actuar de forma saludable ante la cuestión de las drogas. Algunos de los consumidores de drogas alegan estar haciendo uso de su libertad cuando en realidad están justificando su dependencia.

Un estudio codirigido por Megías y Elzo (2006) basado en una entrevista a 1.200 jóvenes representativos de la población española de entre 15 y 24 años, de los que un 26,8% (322) son estudiantes de titulaciones universitarias, tiene como objetivo de construir una tipología de jóvenes en función de su horizonte de valores, así como evaluar la presencia de las drogas en este sector de la población. Para los autores del trabajo, la presencia de las drogas en la juventud es evidente, detectándose una amplia gama de opiniones y percepciones acerca de aquéllas, cuyas posturas frente a ellas no se construyen simplemente en términos opuestos o contrastados.

Los datos que arroja el citado estudio de investigación indican que el tabaco, el alcohol y el cannabis son las drogas más consumidas por el sector de la muestra que está realizando estudios universitarios (Diplomatura o Licenciatura). Así, un 39,4% de este sector estudiantil expresa consumir tabaco de forma regular, un 73,9% lo hace con el alcohol y un 22,0% afirma consumir cannabis de forma sistemática en fines de semana, a diario o casi a diario.

En la Universidad, el consumo de bebidas alcohólicas se asocia, en muchos casos, a que los precios del alcohol son más reducidos que en los establecimientos de la calle, lo que significa que la venta de los mismos está, en cierta medida, subvencionada (Navarrete y Rego, 2004). Estudios de la Universidad de Huelva junto con la Universidad del Algarve y el Instituto Politécnico de Beja, llevados a cabo, a través de sus proyectos *StopDrog@*, *Drog@2* y *Drog@3*, desde el marco del programa comunitario *Interreg III-A* (España-Portugal) desde el año 2003, han generado planes formativos en la formación de dinamizadores juveniles para la prevención en el consumo abusivo de drogas (Tirado *et al.*, 2008). Con otros proyectos similares (+ *Vida —Drogas y VIVE*) se ha profundizado sobre el conocimiento de los hábitos en el consumo de drogas, así como en las adicciones a las nuevas tecnologías y los riesgos para la salud en los universitarios (Méndez *et al.*, 2012). Sobre el consumo de alcohol más de la mitad de los estudiantes lo ingieren de alta graduación en algunos de estos tramos: alguna vez al mes, 1-2 copas a la semana, 3-4 copas a la semana, 5-10 copas a la semana, más de 10 copas a la semana, aunque es significativamente superior el consumo en alcohol de baja graduación en botellones y cafeterías. Es relevante el dato de que los estudiantes del Algarve no consumen nada de alcohol de baja graduación dentro de la Universidad porque no está permitido. En cuanto al lu-

gar de consumo de alcohol de alta graduación, los universitarios de Huelva superan a los de Beja y el Algarve en fiestas y botellones y los de Beja consumen más alcohol de baja graduación en los bares poniéndose por delante de Huelva y el Algarve.

Un último proyecto de de estos investigadores (*VIVE 2*), analizaron los materiales, recursos y actividades formativas como herramientas imprescindibles en la prevención de riesgo para la salud en el alumnado de las tres instituciones universitarias antes citadas (Méndez *et al.*, 2014). Concluyeron que en las tres Universidades estudiadas la mejor manera para influir en los alumnos, cuando estamos hablando de adicciones, es a través de la formación entre iguales, además consideran que es muy recomendable la realización de trabajos de investigaciones y su publicación para que los alumnos se conciencien, así como promover comportamientos saludables y crear nuevos hábitos, por lo que es muy importante que se les informe de la importancia que tiene el llevar una vida saludable, como es el practicar deportes y llevar una dieta equilibrada y racional. Por ello, sería recomendable que las instituciones universitarias se muestren más próximas y preocupadas por ayudarlos de manera confidencial. Pero para poner en marcha todo esto es necesario un buen equipo de trabajo especializado, además de recursos económicos suficientes para poder financiar la realización de cursos, jornadas o congresos de sensibilización de las diferentes adicciones.

Con la información recogida en todos estos estudios, se propuso una investigación que profundizara más sobre diferentes variables asociadas al consumo de alcohol de los estudiantes de la Universidad de Huelva. Los objetivos principales fueron, entre otros: conocer la frecuencia del consumo de alcohol en los jóvenes universitarios; analizar las causas del consumo; evaluar la influencia familiar, social y de iguales y comprobar las medidas de prevención puestas en marcha como alternativas a las fiestas y *botellones* donde se produce un consumo excesivo.

2. Objetivo

El objetivo de este estudio fue conocer las causas, los efectos negativos y la relación entre los factores del consumo de alcohol en los estudiantes de la Universidad de Huelva.

3. Método

Se realizó un estudio de carácter cuantitativo utilizando un diseño no experimental de tipo transeccional o transversal, puesto que los datos se recogieron en un tiempo único, siendo el propósito la descripción de las variables y el análisis de sus interrelaciones en un momento dado. La investigación fue de naturaleza exploratoria y descriptiva con elementos valorativos en el que se indagaron la prevalencia en la que una o más variables se manifestaron en un período determinado.

3.1. Participantes

La muestra la formaron 1.165 estudiantes con un reparto proporcional entre todas las titulaciones de grados, licenciaturas y diplomaturas de una población de 11.492 matriculados en la Universidad de Huelva en el curso 2012/2013. El muestreo que

se llevó a cabo fue estratificado y dentro de cada estrato, aleatorio simple (Latorre, 2003). Se seleccionó la muestra dividiendo el número total de estudiantes de todos los cursos de una misma carrera por el número total de matriculados en la Universidad y el resultado se multiplicó por 100 y, de esta manera, se logró el porcentaje muestral exacto. Esto se repitió en todos los cursos de todas las titulaciones. Por curso, la muestra quedó establecida de la siguiente manera: 33,5%, primero; 26%, segundo; 23,3%, tercero; 9,6%, cuarto y 7,6%, quinto. La edad osciló en un rango de 16 a 52 años, con una media de 22,07 y desviación típica de 3,90 repitiéndose mayoritariamente la de 21 años. El 65,2% eran mujeres ($n = 760$) y el 34,7% eran hombres ($n = 404$). La participación en el estudio fue voluntaria y se garantizó la confidencialidad y el anonimato.

3.2. Instrumento

Se elaboró y aplicó un cuestionario para identificar los factores y el grado de incidencia del consumo de alcohol en el alumnado de la Universidad de Huelva. Para comprobar la validez del instrumento se recurrió al análisis factorial y para la consistencia interna del mismo, se utilizó el alfa de Cronbach (α), dando unos valores muy altos. No obstante, se modificaron algunos ítems con valores más bajos y que presentaban algún tipo de conflicto en su interpretación. La fiabilidad del cuestionario total se calculó mediante el alfa de Cronbach obteniéndose un resultado de 0,910. La consistencia interna de los ítems mostró resultados superiores a 0,9 en cada pregunta del instrumento, confirmando que la fiabilidad del constructo era satisfactoria, así como sus dimensiones, oscilando éstas entre 0,920 y 0,948. Para verificar la validez del instrumento el procedimiento que se utilizó fue la medida de adecuación KMO (Kaiser-Meyer-Olkin), la prueba de esfericidad de Bartlett y la Comunalidad realizándose a cada ítem del cuestionario. Los resultados obtenidos fueron mayores que los valores establecidos en KMO (0,5) y la Comunalidad (0,4) y menor en la prueba de esfericidad de Bartlett (0,05) cumpliéndose los requisitos señalados. El cuestionario constaba de 49 ítems distribuidos en cinco dimensiones. La primera, se centraba en la recopilación de datos relevantes relacionados con la persona como el sexo, la edad, la titulación, curso y situación laboral, en su caso. La segunda dimensión, dedicada al consumo de alcohol, estaba compuesta por 12 ítems, destacándose la frecuencia del consumo, el nivel de consumo de baja y alta graduación, los tipos de bebidas alcohólicas más consumidos y el lugar de consumo de alcohol, así como la edad de comienzo ($\alpha = 0,925$). La tercera dimensión, con un total de 11 ítems, hacía referencia a aspectos relacionados con las causas posibles que originan el consumo de alcohol, destacando aquéllas en las que se explicitaba el consumo por exigencias académicas, problemas laborales o por la incidencia del llamado *botellón* ($\alpha = 0,948$). Los ítems comprendidos en la cuarta dimensión fueron 10 y analizaban los riesgos en el consumo de alcohol ($\alpha = 0,920$). La quinta dimensión, con 11 ítems, trataba el tema de la prevención para conocer, entre otras propuestas, la existencia de campañas de prevención de la Universidad sobre el consumo de alcohol y el tipo de actividades que los jóvenes realizaban en su tiempo libre como alternativa al consumo de bebidas alcohólicas ($\alpha = 0,930$).

Dependiendo del tipo de dimensión, las respuestas fueron recogidas, en algunos casos, mediante una escala tipo Likert con un máximo de cinco valores graduados y, en otros, por escalas de respuestas múltiples, de intervalo y de Guttman (Tabla 1):

26. Desde tu punto de vista, señala si el consumo de alcohol en los universitarios y jóvenes en general, es debido a algunas de estas circunstancias (<i>Señala 3 de las opciones según el grado de importancia, siendo 1 más importante, 2 importante y 3 poco importante</i>)	1	Por su bajo coste económico
	2	Por la falta de responsabilidad en el consumo
	3	Por la falta de planes de prevención
	4	Por la aprobación social como droga legal
	5	Por la permisividad de las autoridades ante el consumo de alcohol
	6	Por la accesibilidad a los lugares de venta
	7	Por la falta de una cultura para controlar el alcohol
	8	Por el desconocimiento de los efectos negativos y riesgos para la salud
	9	Otras. Especificalas:

Tabla 1. Ítem 26. Dimensión: “Causas posibles que originan el consumo de alcohol”.

3.3. Procedimiento

El procedimiento que se llevó a cabo en la investigación fue el siguiente (Figura 1):

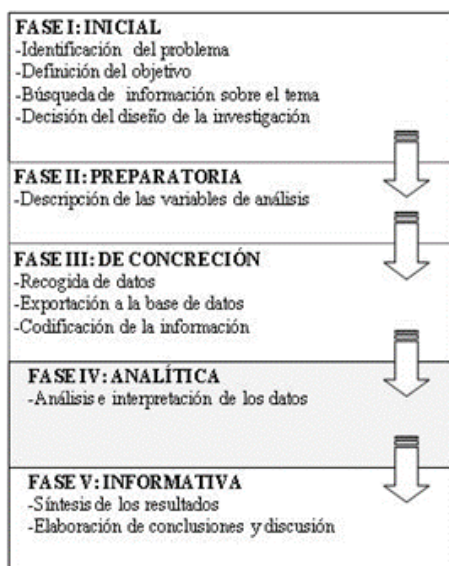


Figura 1. Fases de la investigación.

3.4. Análisis de datos

Para la realización del análisis se tomaron las variables de las dimensiones del cuestionario. Se aplicaron análisis bivariados a través de correlaciones Pearson (r_{xy}) y el test Chi-cuadrado (χ^2) para las variables nominales que detectó y describió la relación entre las variables según su naturaleza métrica. Por otro lado, se realizó un análisis de la varianza para conocer la relación de significatividad entre diferentes variables y

se evaluó la frecuencia de consumo de ambos sexos teniendo en cuenta la variable edad. En cuanto a los estadísticos descriptivos de las causas que pudieron originar el consumo de alcohol se obtuvieron los datos de dispersión y asociación con respecto a la media. Asimismo, se realizó una reducción factorial (Nunnay y Bernstein, 1994) previa para aquellas variables con cinco modalidades de respuestas, aplicando una rotación ortogonal con el método Quartimax con el objeto de concentrar la pertenencia de las variables a un factor y así discriminar mejor entre factores. Además, se procedió a la realización de un análisis de correlaciones entre los factores Consumo, Causas, Riesgos y Prevención para la elaboración de un estudio exploratorio sobre las relaciones existentes entre éstos y la confirmación de estas relaciones mediante el modelo de ecuación estructural.

El procesamiento de los datos se realizó con la ayuda del paquete estadístico SPSS PAWS Statistic 20 para Windows y el programa AMOS 20.0.

4. Resultados

Si se tiene en cuenta el sexo de los participantes consumidores, no se encontraron diferencias significativas entre ambos sexos como se muestra en la Tabla 2:

		Mujer	Hombre	Total
¿A qué edad empezaste a consumir bebidas alcohólicas de alta graduación (whisky, ron, ginebra, coñac...solos o combinados)?	A ninguna edad	72	41	113
	10-12 años	5	8	13
	13-15 años	220	121	341
	16-20 años	420	222	642
	20-30 años	36	11	47
	Otra edad	1	0	1
Total		754	403	1.157

Tabla 2. Relación de la edad de consumo y el sexo.

En el análisis de la correlación de dos variables lineales, se apreció una correlación positiva en las variables *porque no me gusta* y *no me interesa*, presentando un cierto grado de dependencia como se observa en la Tabla 3:

		No me gusta	No me interesa
Si no consumes alcohol (de baja o alta graduación) ¿por qué no lo haces?: porque no me gusta	Correlación de Pearson	1	0,101
	Sig. (bilateral)		0,015
	N	571	571
Si no consumes alcohol (de baja o alta graduación) ¿por qué no lo haces?: no me interesa	Correlación de Pearson	0,101	
	Sig. (bilateral)	0,015	1
	N	571	572
Sig: nivel de Significación; $r < 1$; $p < 0,05$.			

Tabla 3. Correlación de Pearson para dos variables lineales.

Asimismo, en la Tabla 4, la relación estimada entre las variables *curso/frecuencia de consumo* fue reveladora ($\chi^2 = 44,035$; $p < 0,05$):

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	44,036	20	0,001
Razón de verosimilitudes	42,097	20	0,003
Asociación lineal por lineal	0,001	1	0,974
N de casos válidos	1.165		
gl: grado de libertad			

Tabla 4. Curso/frecuencia del consumo.

También se recogió una cuantificación de ambas fuentes de variación en cada uno de los factores de estudio, los grados de libertad asociados a cada suma de cuadrados y el valor concreto adoptado por cada estimador de la varianza poblacional. El cociente entre estas dos medias cuadráticas nos proporcionó el valor del estadístico *F*, el cual apareció acompañado de su correspondiente nivel crítico o nivel de significación observado. El valor del nivel crítico del primer factor mantuvo la igualdad de medias (Sig. = 0,439), sucediendo lo mismo en el segundo factor (Sig. = 0,083). Por tanto, se pudo concretar que las poblaciones definidas por las variables *no me gusta* y *por desaprobación familiar* conservaron la igualdad de medias y se rechazó la hipótesis nula (Tabla 5).

		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Si no consumes alcohol (de baja o alta graduación) ¿por qué no lo haces?: porque no me gusta	Inter-grupos	0,163	1	0,163	0,600	0,439
	Intra-grupos	154.167	569	0,271		
	Total	154.329	570			
Si no consumes alcohol (de baja o alta graduación) ¿por qué no lo haces?: por desaprobación familiar	Inter-grupos	0,130	1	0,130	3.010	0,083
	Intra-grupos	24.688	569	0,271		
	Total	154.329	570	0,043		
	Total	24.818	571			

ANOVA: análisis de la varianza; gl: grado de libertad; F: prueba F de Fisher.

Tabla 5. ANOVA de dos factores.

En la Tabla 6 se presentaron los descriptivos, apreciándose en las variables *alejarse de la familia y estar solos*; *irritabilidad y/o agresividad*; *disminución del rendimiento académico y ansiedad*, relaciones estadísticamente significativas, ya que sus datos estaban asociados cerca de la media, siendo sus DT: 0,734, 0,716, 0,736 y 0,707 respectivamente. En los tramos donde los datos estaban más dispersos de la media, se localizaron en *pérdidas de interés general* (DT = 0,726); *cambio negativo en la higiene y aspecto personal* (DT = 0,753) y *actitud defensiva* (DT = 0,700).

	\bar{X}	DT
Pérdida de interés en general	2,09	0,726
Alejarse de la familia y estar solo	1,86	0,734
Irritabilidad y/o agresividad	1,72	0,716
Disminución del rendimiento académico	1,87	0,736
Cambio negativo en la higiene y aspecto personal	2,12	0,753
Actitud defensiva	1,94	0,700
Ansiedad	1,78	0,707
\bar{X} : media; DT: Desviación típica		

Tabla 6. Causas que originan el consumo de alcohol.

Se calculó, entre las variables relacionadas con los efectos negativos del alcohol, el χ^2 y el coeficiente de contingencia que midió el grado de relación entre ellas y la variable *sexo*, observándose que las variables compartían muy poco con ésta, siendo el grado de asociación débil. Las diferencias observadas no se debieron al azar sino que fueron estadísticamente significativas. El coeficiente de contingencia fue distinto de cero en las variables comprendidas en los efectos negativos del consumo de alcohol: *pérdida total o parcial de la memoria*: $\chi^2 = 4,137$, $C = 0,061$, Sig. = 0,126; *agresividad*: $\chi^2 = 5,576$, $C = 0,071$, Sig. = 0,134; *desequilibrio emocional*: $\chi^2 = 4,542$, $C = 0,064$, Sig. = 0,033; *depresión aguda*: $\chi^2 = 2,438$, $C = 0,047$, Sig. = 0,118; *estrés*: $\chi^2 = 0,564$, $C = 0,023$, Sig. = 0,754) presentando un grado de asociación débil con el consumo de alcohol (Tabla 7).

		Valor	Sig. aproximada
<i>Pérdida total o parcial de la memoria</i>			
Chi-cuadrado de Pearson		4.137	
Nominal por nominal	C	0,061	0,126
N de casos válidos		1094	
<i>Agresividad</i>			
Chi-cuadrado de Pearson		5.576	
Nominal por nominal	C	0,071	0,134
N de casos válidos		1095	
<i>Desequilibrio emocional</i>			
Chi-cuadrado de Pearson		4.542	
Nominal por nominal	C	0,064	0,033
N de casos válidos		1095	
<i>Depresión aguda</i>			
Chi-cuadrado de Pearson		2.438	
Nominal por nominal	C	0,047	0,118
N de casos válidos		1093	
<i>Estrés</i>			
Chi-cuadrado de Pearson		0,564	
Nominal por nominal	C	0,023	0,754
N de casos válidos		1093	
χ^2 : chi-cuadrado; Sig: grado de significación; C: coeficiente de contingencia.			

Tabla 7. χ^2 de los efectos negativos del consumo de alcohol /Sexo

En los resultados obtenidos en el factor Consumo, formado por cinco variables se observó que en tres de ellas tenían una fuerte carga sobre el factor, mientras que dos presentaban una carga débil (*¿con qué frecuencia consumes bebidas alcohólicas?* = 87,2 %, varianza total explicada (σ^2) = 44,553; *indica tu nivel de consumo de alcohol de baja graduación* = 70,9 %, σ^2 = 20,591; *indica tu nivel de consumo de alcohol de alta graduación* = 78,7 %, σ^2 = 13,278; *¿a qué edad empezaste a consumir bebidas alcohólicas de baja graduación* = 56,2 %, σ^2 = 9,664; *¿a qué edad empezaste a consumir bebidas alcohólicas de alta graduación?* = 52,9 %, σ^2 = 7,079). Este factor medía la frecuencia con la que se consumían bebidas alcohólicas entre los estudiantes, así como el nivel de consumo y la edad en la que se empezaba a consumir. La medida de adecuación de la muestra de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) y la prueba de esfericidad de Bartlett indicaron la idoneidad de realizar el análisis factorial, presentando la prueba KMO un valor de 0,722 acercándose al grado de significatividad y obteniéndose un alto índice de fiabilidad de los cinco elementos del factor Consumo (α = 0,737). El factor Causa reveló el CA entre los estudiantes (*consumo alcohol cuando me siento presionado/a por exigencias académicas* = 77,0 %, σ^2 = 55,761; *los problemas laborales hacen que incrementen mi consumo de alcohol* = 79,1 %, σ^2 = 25,467; *ser joven y universitario aumenta mi probabilidad de consumir alcohol en exceso* = 71,3 %, σ^2 = 10,863 *bebiendo alcohol me desinhibo y puedo hacer amigos más fácilmente* = 71,0 %, σ^2 = 7,910). El índice KMO dio un valor de 0,620. El valor de α = 0,718. En el factor Riesgo se midió la percepción y conocimiento que el alumnado tenía sobre los riesgos del consumo de alcohol. En la matriz de los componentes se observó que todos tenían una fuerte carga sobre la escala (89,0%, 85,4%, 78,4%, 91,2%, 88,9%). El porcentaje de la σ^2 total explicada fue 50,608, el valor de α fue de 0,837 y el KMO fue de 0,800. El factor Prevención midió el conocimiento y creencias que el alumnado universitario tenía sobre las diferentes medidas preventivas adoptadas frente al consumo de alcohol. Se observó que la matriz de los componentes tenía, en su mayoría, una débil carga sobre el factor quedando reflejado en la fiabilidad (α = 0,310), en el valor de la prueba KMO (0,570) y en el porcentaje de la varianza total explicada (σ^2 = 27,839) (Tabla 8).

Consumo		
Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO)		0,722
Prueba de esfericidad de Bartlett	χ^2	1882,176
	gl	15
	Sig	0,000
% de la varianza		44,553
α de Cronbach		0,737
Causa		
Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO)		0,620
Prueba de esfericidad de Bartlett	χ^2	1307,728
	gl	6
	Sig	0,000
% de la varianza		55,761
α de Cronbach		0,718
Riesgo		

Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO)		0,800
Prueba de esfericidad de Bartlett	χ^2	757,537
	gl	105
	Sig.	0,000
% de la varianza		50,608
α de Cronbach		0,837
<i>Prevención</i>		
Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO)		0,570
Prueba de esfericidad de Bartlett	χ^2	130,054
	gl	55
	Sig.	0,000
% de la varianza		27,839
α de Cronbach		0,310
KMO (Kaiser-Meyer-Olkin): índice que compara la magnitud de los coeficientes de correlación observados con la magnitud de los coeficientes de correlación parcial; χ^2 : chi-cuadrado; gl: grados de libertad.		

Tabla 8. KMO, prueba de Bartlett, % de la varianza, α de Cronbach de los factores de la escala.

Se constató que los valores del promedio de la varianza se aproximaron al 50%. En cuanto a la carga de cada factor, todos los indicadores de cada constructo superaron el 0,50. Por último, el índice de fiabilidad para cada una de las dimensiones propuestas, validó la aplicación de cada una de ellas.

En este estudio exploratorio, sobre las relaciones existentes entre estos factores, se incluyó también un análisis de correlaciones entre ellos (Consumo, Causa, Riesgos, Prevención). (Tabla 9).

		REGR factor score CONSUMO 1 for analysis 1	REGR factor score CAUSA 1 for analysis 2	REGR factor score RIESGO 1 for analysis 1	REGR factor score PREVENCIÓN 1 for analysis 1
REGR factor score CONSUMO 1 for analysis 1	Correlación de Pearson	1	0,390*	-0,025	-0,174
	Sig. (bilateral)		0,000	0,849	0,253
	N	1130	1097	60	45
REGR factor score CAUSA 1 for analysis 2	Correlación de Pearson	0,390*	1	-0,122	0,015
	Sig. (bilateral)	0,000		0,369	0,925
	N	1097	1127	56	45
REGR factor score RIESGO 1 for analysis 1	Correlación de Pearson	-0,025	-0,122	1	0,041
	Sig. (bilateral)	0,849	0,369		0,974
	N	60	56	60	3
REGR factor score PREVENCIÓN 1 for analysis 1	Correlación de Pearson	-0,174	0,015	0,041	1
	Sig. (bilateral)	0,253	0,925	0,974	
	N	45	45	3	45

* La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Tabla 9. Correlaciones de las dimensiones de la escala

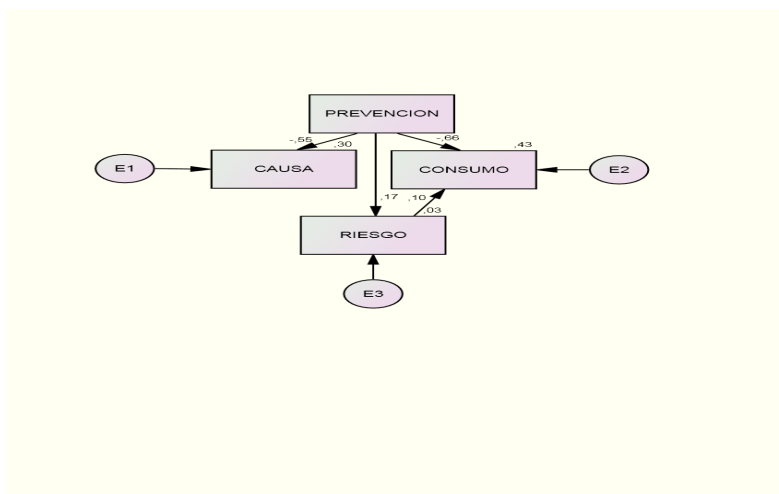


Figura 2. Modelo de Ecuación Estructural de los factores de la escala.

Se observó en la figura 2 que el factor Consumo correlacionó positivamente con Causa ($r = 0,390$; $p \leq 0,01$) y los índices de ajuste indicaron que el modelo de ecuación estructural se ajustó medianamente bien a los datos ($\chi^2/\text{gl} = 2,8$; $p = 0,000$; índice de ajuste comparativo (CFI) = 0,795; índice de ajuste incremental (IFI) = 0,804; índice de ajuste normalizado (NFI) = 0,796; índice de bondad de ajuste (GFI) = 0,92; índice de Hoelter = 0.05). Se mostró una influencia inversa del factor Prevención sobre el factor Causa ($\beta = -0.55$; $p < 0,001$) y sobre el factor Consumo ($\beta = -0.66$; $p < 0,001$).

5. Conclusiones

Como se ha podido comprobar en los resultados, el objetivo propuesto en este estudio, se ha corroborado en su totalidad. No obstante, se destaca a continuación, con los datos obtenidos, las conclusiones más significativas del mismo. Así, en primer lugar, al analizar el vínculo entre *edad* de consumo y *sexo* se obtuvo que no existían diferencias significativas, pues ambos sexos comenzaron a consumir entre los 16 y 20 años. Este dato coincide con el estudio llevado a cabo en Europa sobre la edad de consumo de los jóvenes (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction 2009). Lo mismo sucedía entre las variables *curso* y *frecuencia de consumo*, pero se observó que la relación entre las variables fue inversa en la medida en que el consumo se incrementó en niveles inferiores, mientras que disminuyó en los cursos superiores. Asimismo, se constató que *curso* es una variable que se relacionó adecuadamente con *frecuencia de consumo*. La carencia de diferencias significativas de la variable *sexo*, que están presentes en este trabajo, responde a lo investigado en otros estudios (Clark, 2004; Observatorio Español sobre Drogas, 2007).

Una de las principales aportaciones de los resultados de este trabajo se debe a la comprobación de la estructura factorial de la escala que realizamos, lo que nos permitió conocer, entre otros, cómo las medidas de Prevención pueden influir positivamente sobre las causas que producen el consumo de alcohol e incluso sobre el propio Consumo y el factor Riesgo.

Se comprobó que en el tramo *importante*, relativo a las causas que originaron el consumo de alcohol en las variables *ansiedad* y *actitud defensiva*, coincidieron en un mayor porcentaje tanto hombres como mujeres, siendo mínimo su grado de dispersión con respecto a la media. Las variables *no me gusta* y *no me interesa* correlacionaron débilmente y se evidenció que en la mayoría de las correlaciones establecidas en el ítem sobre los motivos para consumir alcohol fueron muy bajas, demostrándose el grado de dificultad de relación de estas variables lineales. El hecho de no haber encontrado una relación destacada entre las variables *no me gusta* y *por desaprobación familiar* es porque se aceptó la hipótesis de igualdad de medias y los resultados revelaron la inexistencia de relación significativa. El análisis de la relación entre las diferentes variables del cuestionario probó el bajo grado de relación entre ellas. Se observó que cuando se analizaron las medias y las desviaciones típicas de las causas que originaron el consumo de alcohol, las variables que tuvieron mayor concentración de datos alrededor de la media fueron: *irritabilidad y/o agresividad*, *actitud defensiva* y *ansiedad*.

El estudio exploratorio de correlaciones entre los factores Prevención, Causa, Consumo y Riesgo nos confirmó las relaciones de influencias entre éstos, observándose las interacciones más frecuentes entre el factor Consumo con respecto al factor Causa y una influencia opuesta del factor Prevención sobre los factores Causa y Consumo, debido sobre todo al hecho cultural del consumo de alcohol, establecido en nuestra sociedad y a la falta de iniciativas efectivas de prevención, respectivamente. Por ello, el conocimiento de los riesgos y consecuencias negativas del alcohol no puede ser considerado como un factor protector que evite su consumo y que interfiera en la toma de decisiones de los estudiantes universitarios.

Se ha constatado que las causas que originaron el consumo de alcohol en los universitarios tenían valores muy próximos entre las diferentes variables presentadas, aunque destacaban levemente las que incidían en un alejamiento de la familia, la agresividad, la ansiedad y la disminución del rendimiento académico sobre otras como la pérdida de interés general, cambios negativos en la higiene, el aspecto personal o la actitud defensiva. Asimismo, se observa que la frecuencia del consumo de bebidas alcohólicas es bastante alto, tanto de baja graduación como de alta, concentrándose el consumo de esta última durante los fines de semana. Entre los motivos para el consumo destacan los problemas laborales y exigencias académicas, sin olvidarnos de su alto componente social, muy generalizado en nuestra cultura y que, en estas edades, es un facilitador de las relaciones interpersonales entre iguales (*Me desinhibo y puedo hacer amigos más fácilmente*).

Los datos también nos muestran que nuestros universitarios son muy conscientes del riesgo que asumen para su salud consumiendo alcohol. Hecho que puede explicarse porque desconocen o no le dan importancia o no participan en las medidas preventivas llevadas a cabo, en su caso, por la institución universitaria o por otras entidades. Ello nos lleva a cuestionar la efectividad e incidencia de lo que se está realizando en el espacio universitario en el terreno de la Prevención para una disminución de las causas que originan el consumo de alcohol.

Respecto al análisis de los efectos negativos del alcohol en relación al *sexo*, se demostró estadísticamente que todas las variables estudiadas presentaban un alto grado de independencia, por lo que se puede afirmar que el sexo no tiene un gran peso en los efectos que el alcohol produce en los hombres y mujeres de la muestra.

En este estudio, se ha puesto de manifiesto que los efectos negativos asociados al consumo revelan una coincidencia en las respuestas entre hombres y mujeres, aunque presentan un alto grado de independencia. Esto confirmó la baja relación existente en la mayoría de las variables del instrumento aplicado.

Las consecuencias negativas del consumo de alcohol afectan a la salud física y psíquica de los estudiantes. Se ha corroborado que el consumo aumenta el riesgo de conductas irritables, agresivas, defensivas, así como un aumento de la ansiedad refrendados por un registro alto en las variables *agresividad* y *desequilibrio emocional*.

En cuanto a las limitaciones de esta investigación, se señala el hecho de no haber contrastados los datos cuantitativos con otros de índole cualitativos que hubieran aportado más información en esta línea. Por ello, para trabajos futuros sería interesante incorporar esta metodología mixta. Otra limitación viene dada por la diferencia en relación al porcentaje existente entre los hombres y mujeres de la muestra. Pero la explicación la encontramos en que las mujeres matriculadas superan en número en la mayoría de las titulaciones, excepto en las carreras técnicas. De este modo, al ser una investigación transversal, para posteriores estudios, se deberá incorporar información longitudinal de las variables establecidas que permitan un trabajo más detallado de cómo cambia y oscila con el tiempo la muestra.

A pesar de las limitaciones indicadas, el trabajo ofrece una integración de resultados que, sin duda, será útil a nuevas investigaciones en esta temática. La información recogida es provechosa y debe ser ampliada y analizada con posteriores estudios que aporten nuevos datos, de una parte, sobre las repercusiones del consumo de alcohol en su vida personal y académica y, de otra, sobre las actuaciones que se llevan a cabo en los campus universitarios en el ámbito de la Prevención.

El presente trabajo ha demostrado que el consumo de alcohol es una realidad en la población universitaria y se acerca a una problemática de salud pública que no debe ser ajena a las Instituciones de Educación Superior y que éstas deben abordarla como una tarea prioritaria. Se tendrían que gestionar espacios dentro de la propia Universidad que favorezcan la prevención, la promoción de estilos de vida saludable, la detección precoz de este tipo de problemáticas y, en su caso, la asistencia primaria, sin perjuicio de otras iniciativas procedentes de otros servicios ajenos al entorno universitario, procedentes de las administraciones nacionales, autonómicas, provinciales y locales que abordan esta problemática.

6. Agradecimientos

Esta investigación ha sido posible gracias al apoyo científico y financiero del Grupo HUM879 de la Secretaría General de Universidades, Investigación y Tecnología de la Junta de Andalucía.

Queremos manifestar nuestra gratitud a los estudiantes que participaron en el estudio, por su desinteresada colaboración y a los docentes, por facilitarnos parte del tiempo de sus respectivas asignaturas para la aplicación del cuestionario.

7. Referencias bibliográficas

- Beltrán, F.J. et al. (2011). Universidades saludables. Una utopía para nuestra época. *Revista electrónica Medicina, Salud y Sociedad*, 2 (1), 1-16.
- Clark, D.B. (2004). The natural history of adolescent alcohol use disorders. *Addiction*, 99, 5-22.
- Elzo, J. et al. (1999). *Jóvenes españoles 99*. Madrid: SM.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2009). *The 2007 ESPAD report. Substance use among students in 35 countries*. Stockholm: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.
- Laespada, T., Iraurgi, J. y Arostegi, E. (2004). *Factores de riesgo de protección frente al consumo de drogas: hacia un modelo explicativo del consumo de drogas en jóvenes de la CAPV*. Recuperado de www.gizartegaiak.ej-gv.net/GizareGaiakCon-tenidos/pdf/factor_riesgo_proteccion_consumo_droga1, 20 de junio de 2015.
- Latorre, A. (2003). *Bases Metodológicas de la Investigación Educativa*. Barcelona: Ediciones Experiencia.
- Megías, E. y Elzo, J. (2006). *Jóvenes, valores y drogas*. Madrid: Caja Madrid Obra Social.
- Méndez, J.M. et al. (2012). *Estudio transfronterizo sobre comportamientos de riesgos para la salud en la Enseñanza Superior en universitarios de Huelva (España), Algarve e Instituto Politécnico Superior de Beja (Portugal)*. Beja: Várzea da Rainha Impressores.
- Méndez, J. M. et al. (2014). *Estudio y análisis de materiales, recursos y actividades formativas como herramientas imprescindibles en la prevención de riesgos para la salud en el alumnado de la Enseñanza Superior*. Beja: Várzea da Rainha Impressores.
- Mota, N. et al. (2010). Risky alcohol use and heavy episodic drinking among Spanish University students: a two-year followup. *Gaceta Sanitaria*, 24(5), 372-377.
- Navarrete, L. y Rego, E. (2004). *El consumo de alcohol en establecimientos ubicados dentro de establecimientos universitarios. Estudio comparado en Madrid y Galicia*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Recuperado de <http://www.pnsd.msssi.gob.es/Categoria2/publica/pdf/JuventudDro-dodependencias3.Pdf>, 3 de diciembre de 2014.
- Nelson, D.E., Naimi, T.S. y Brewer, R.D. (2009). State alcohol-use estimates among youth and adults, 1993-2005. *American Journal of Preventive Medicine*, 36(3), 218-224.
- Nieves, Y. (2010). *Hábitos de ocio y consumo en población universitaria menor de 30 años*. Madrid: Fundación Atenea.
- Nunnay, J. y Bernstein I.H. (1994). *Psychometric Theory*. New York: MacGraw-Hill;
- Observatorio Español sobre Drogas. (2007). *Situación y tendencias de los problemas de drogas en España*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Oliver, J. et al. (2012). *Programa para la prevención de adicciones en la Comunidad de Madrid*. Madrid: Fundación Atenea.
- Organización Mundial de la Salud. (2010). *Estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol*. Recuperado de http://whqlibdoc.who.int/whr/2010/9789243564029_spa.pdf?ua=1, 8 de mayo 2015.
- Organización Mundial de la Salud (2014). *Alcohol y Salud Pública*. Ginebra: OMS.

- Sánchez-Pardo, L. (2002). Consumo alcohólico en la población española. *Adicciones*, 14, 79-97.
- Tirado, R. et al. (2008). El proyecto Drog@. Comunidades virtuales de aprendizaje. *Comunicar*, 30, 165-169.
- Villalbí, J.R., Bosque, M. y Gili, M. (2014). Políticas para prevenir los daños causados por el alcohol. *Revista Española de Salud Pública*, 88 (4), 515-528.